

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY Ở NGƯỜI LỚN BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 91 TỪ 01/2017 - 12/2019

Trịnh Xuân Tiến<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Quân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 bệnh nhân (BN) gãy đầu dưới xương cánh tay điều trị kết xương bên trong, thời gian từ tháng 01/2017 - 12/2019 tại Bệnh viện Quân y 91. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $34,2 \pm 12,6$ ; nam: 61,3%, chấn thương do tai nạn giao thông: 64%; gãy kín: 81,3%. Gãy loại A: 20%, loại B: 46,7% và loại C: 33,3%. Phẫu thuật trong 24 giờ: 57,3%, từ ngày thứ 2 - 4: 26,7%, sau 4 ngày: 16%. Kết xương sử dụng găm đinh Kirschner và/hoặc vít xốp: 90,7%, kết xương sử dụng nẹp vít đầu dưới xương cánh tay: 9,3%. Liên vết mổ kỳ đầu: 84%, nhiễm khuẩn nông: 10,7%. Kết quả tốt: 58,3%, khá: 30,6%, trung bình: 6,9%. **Kết luận:** Gãy kín đầu dưới xương cánh tay ở người lớn là gãy xương phạm khớp. Phẫu thuật kết xương bên trong nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

\* Từ khóa: Gãy đầu dưới xương cánh tay; Bệnh viện Quân y 91.

### **Outcome of Management of Distal Humerus Fractures by Osteosynthesis Technique at Military Hospital 91 from 01/2017 to 12/2019**

#### **Summary**

**Objectives:** To evaluate the surgical outcomes of osteosynthesis for the treatment of distal humerus fracture. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 75 patients with distal humerus fracture from January 2017 to December 2019 at Military Hospital 91. **Results:** Mean age:  $34.2 \pm 12.6$ ; males: 61.3%, traffic accidents: 64%, closed fracture: 81.3%, type of fracture: type A: 20%, type B: 46.7% and type C: 33%. Surgery within 24 hours: 57.3%, 2 - 4 days: 26.7%, after 4 days: 16%. Osteosynthesis with Kirschner nails and/or spongy screws: 90.7%, a plate and screw fixation: 9.3%, primary wound healing: 84%, and shallow infections: 10.7%. Good results: 58.3%, fair: 30.6%, average: 6.9%. **Conclusion:** Distal humerus fracture in adults are injured in the joint. Internal osteosynthesis helps achieve rigid internal fixation and anatomical reconstruction and facilitates early rehabilitation following surgery.

\* Keywords: Broken below arm bones; Military Hospital 91.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 91

Người phản hồi: Trịnh Xuân Tiến (txtien1903@gmail.com)

Ngày nhận bài: 05/11/2020

Ngày bài báo được đăng: 25/01/2021

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương cánh tay là một trong những loại gãy xương thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn thể thao... và thường gặp ở trẻ em. Ở người lớn, tuy hiếm gặp hơn so với các loại gãy xương ở vị trí khác nhưng thường là loại gãy phức tạp, di lệch lớn và phạm khớp. Theo nghiên cứu của Jupiter JB, Neff URS [9]: Gãy xương vùng khuỷu chiếm khoảng 6,5 - 7% tổng số các loại gãy xương ở người lớn, trong đó tỷ lệ BN gãy đầu dưới xương cánh tay chiếm > 50%. Ở người lớn, hầu hết loại gãy này là do chấn thương trực tiếp, nên ngoài tổn thương xương, gãy xương phức tạp còn có thể gặp tổn thương phối hợp khác như tổn thương mạch máu, thần kinh và các xương lân cận như mỏm khuỷu, xương quay. Do tổn thương giải phẫu phức tạp nên phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Phương pháp kết xương thường áp dụng nẹp vít kết hợp với găm đinh Kirschner hoặc bắt các vít xương xoắn rồi găm 2 đinh Kirschner bắt chéo và bắt động tăng cường bột sau mổ. Mục tiêu của phẫu thuật là phục hồi về hình thể giải phẫu của xương, đặc biệt là diện khớp, cố định ổ gãy vững chắc để BN tập vận động sớm.

Những năm qua, Bệnh viện Quân y 91 đã điều trị phẫu thuật kết xương cho nhiều BN gãy đầu dưới xương cánh tay. Để đánh giá kết quả và rút kinh nghiệm trong công tác điều trị, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu*

*thuật kết hợp xương bên trong điều trị gãy đầu dưới xương cánh tay.*

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

75 BN gãy đầu dưới xương cánh tay được điều trị kết xương bên trong từ tháng 01/2017 - 12/2019.

\* *Tiêu chuẩn chọn*: Chẩn đoán xác định gãy đầu dưới xương cánh tay, > 16 tuổi và có chỉ định mổ kết hợp xương.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN gãy xương bệnh lý, gãy xương ở chi có sẵn các dị tật, di chứng chấn thương.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu*: Tiến cứu mô tả, cắt ngang.

\* *Tiêu chuẩn chẩn đoán*:

- Triệu chứng lâm sàng.

- Phim X-quang chụp khớp khuỷu ở 2 tư thế thẳng nghiêng.

- Phân loại gãy xương theo AO.

\* *Phân loại gãy theo AO*:

- Loại A: Gãy ngoài khớp: Gãy nhỏ điểm bám ở mỏm trên ròng rọc (A1), gãy trên lồi cầu (A2), gãy trên lồi cầu đầu trung tâm có nhiều mảnh (A3).

- Loại B: Gãy một lồi cầu: Gãy khối lồi cầu (B1), gãy khối ròng rọc (B2), gãy cắm gấn lồi cầu (B3).

- Loại C: Gãy liên lồi cầu: Gãy liên lồi cầu hình chữ Y, chữ T (C1), gãy liên lồi cầu nhiều mảnh (C2), gãy liên lồi cầu kết hợp thân xương nhiều mảnh (C3).

\* *Chỉ định và phương pháp phẫu thuật:*

*Bảng 1:* Chỉ định và phương pháp phẫu thuật.

Loại gãy	Chỉ định phẫu thuật	Phương pháp phẫu thuật
Gãy trên lồi cầu xương cánh tay (A2)	Gãy xương di lệch lớn; gãy xương có tổn thương bó mạch thần kinh hoặc nắn chỉnh không đạt	Nẹp vít hoặc vít xóp kết hợp găm đinh Kirschner
Gãy mỏm trên lồi cầu, mỏm trên ròng rọc xương cánh tay (A1)	Di lệch nhiều, mảnh xương kẹt vào khe khớp	Găm đinh Kirschner
Gãy khối lồi cầu, khối ròng rọc xương cánh tay (B1, B2)	Gãy xương có di lệch	Găm đinh Kirschner và/hoặc vít xóp
Gãy đầu dưới xương cánh tay chữ T, Y (C1)	Di lệch nhiều	Vít xóp kết hợp đinh Kirschner xuyên chéo hoặc nẹp vít
Các loại gãy khác tùy đặc điểm ổ gãy và di lệch có chỉ định và phương pháp phẫu thuật cụ thể cho từng trường hợp		

\* *Đánh giá kết quả:*

- Kết quả gần: Dựa vào diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương trên phim X-quang sau mổ.

- Kết quả xa: Dựa vào kết quả X-quang, kết quả liền xương và chức năng khớp khuỷu theo thang điểm của Flynn. Đánh giá kết quả xa sau mổ tối thiểu > 10 tháng.

*Bảng 2:* Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp khuỷu theo tiêu chuẩn Flynn.

Kết quả	Mất biên độ vận động gấp, duỗi khớp khuỷu
Tốt	0 - 5 <sup>0</sup>
Khá	6 - 10 <sup>0</sup>
Trung bình	11 - 15 <sup>0</sup>
Xấu	> 15 <sup>0</sup>

\* *Phân tích và xử lý số liệu:*

- Số liệu được ghi chép đầy đủ từ khi vào viện, cách thức phẫu thuật, sau mổ, phục hồi chức năng trong phiếu theo dõi để đánh giá kết quả.

- Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, Excel.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

\* *Tuổi, giới:*

*Bảng 3:* Phân bố bệnh theo tuổi, giới.

Tuổi	16 - 40	41 - 60	> 60	Tổng
	n (%)			
Nam	24 (32,0)	15 (20,0)	7 (9,3)	46 (61,3)
Nữ	13 (13,3)	10 (13,3)	6 (8,0)	29 (38,7)
Tổng	37 (49,3)	25 (33,3)	13 (17,4)	75 (100,0)

Tuổi trung bình  $34,2 \pm 12,6$ ; nhóm tuổi hay gặp nhất từ 16 - 40 (49,3%). Nam chiếm 61,3%, nữ 38,7%.

\* *Nguyên nhân gây xương:* Tai nạn giao thông: 48 BN (64%); tai nạn lao động: 8 BN (10,7%); tai nạn sinh hoạt: 19 BN (25,3%).

\* *Phân loại gãy đầu dưới xương cánh:*

*Bảng 4:* Phân loại gãy đầu dưới xương cánh tay.

Phân loại theo AO	Gãy kín	Gãy hở	Tổng
	n (%)		
Loại A	11 (14,7)	4 (5,3)	15 (20,0)
Loại B	31 (41,3)	4 (5,3)	35 (46,7)
Loại C	19 (15,3)	6 (8,0)	25 (13,3)
Tổng	61 (82,7)	14 (17,3)	75 (100,0)

\* *Tổn thương phối hợp:* Gãy mỏm khuỷu cùng bên: 3 BN (4%); gãy 1/3 giữa xương cánh tay cùng bên: 3 BN (4%); gãy 1/3 trên xương quay: 5 BN (6,7%); vết thương phàn mềm cẳng tay: 3 BN (4%).

**2. Thời điểm và phương pháp phẫu thuật**

\* *Thời điểm phẫu thuật:*

*Bảng 5:* Thời điểm phẫu thuật.

Thời điểm phẫu thuật	Gãy kín	Gãy hở	Tổng
	n (%)		
< 24 giờ	29 (38,7)	14 (18,7)	43 (57,3)
2 - 4 ngày	20 (26,7)	0 (0,0)	20 (26,7)

**TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 1-2021**

5 - 10 ngày	5 (6,7)	0 (0,0)	5 (6,7)
10 - 20 ngày	2 (2,7)	0 (0,0)	2 (2,7)
> 21 ngày	5 (6,7)	0 (0,0)	5 (6,7)
Tổng	61 (81,3)	14 (18,7)	75 (100,0)

Đa số BN (57,3%) được phẫu thuật trong vòng 24 giờ sau tai nạn, 7 BN phẫu thuật sau 10 ngày từ khi bị chấn thương, là những trường hợp gãy xương được điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột nhưng bị di lệch thứ phát, nắn chỉnh lại không đạt yêu cầu.

\* *Phương pháp kết xương:*

*Bảng 6: Phương pháp kết xương.*

Phương pháp kết xương	Phân loại gãy theo AO (n, %)			Tổng (n, %)
	Loại A	Loại B	Loại C	
Đinh Kirschner và vít xoắn	3 (4,0)	10 (13,3)	14 (18,7)	27 (36,0)
Đinh Kirschner hoặc vít xoắn	10 (13,3)	25 (33,3)	6 (8,0)	41 (54,7)
Nẹp vít	2 (2,7)	0 (0,0)	5 (6,7)	7 (9,3)
Tổng	15 (20,0)	35 (46,7)	25 (33,3)	75 (100,0)

- 68 BN kết xương kết hợp giữa bắt vít xoắn cố định khối lồi cầu và khối ròng rọc với nhau và/hoặc găm đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và mỏm trên ròng rọc bắt chéo lên qua đầu trung tâm.

- 7 BN kết xương vít xoắn cố định các mảnh gãy đầu xương với nhau, sau đó đặt nẹp ở mặt ngoài xương cánh tay cố định đầu xương với thân xương.

**3. Kết quả điều trị**

\* *Diễn biến tại vết mổ:*

*Bảng 7: Diễn biến tại vết mổ.*

Phân loại	Gãy hở	Gãy kín	Tổng
	n (%)		
Liên vết mổ kỳ đầu	10 (71,4)	57 (93,4)	67 (89,3)
Nhiễm khuẩn nông tại vết mổ	4 (28,6)	4 (6,6)	8 (10,7)
Nhiễm khuẩn sâu phải mổ lại	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tổng	14 (18,7)	61 (81,3)	75 (100,0)

\* *Kết quả nắn chỉnh và kết xương:*

*Bảng 8: Kết quả nắn chỉnh xương.*

Kết quả nắn chỉnh	Ngày sau mổ				Sau mổ 3 tháng			
	Loại A	Loại B	Loại C	Tổng	Loại A	Loại B	Loại C	Tổng
	n (%)							
Hết di lệch	13 (17,3)	27 (36,0)	15 (20,0)	55 (73,3)	10 (13,3)	25 (33,3)	12 (16,0)	47 (62,7)
Di lệch ít	2 (2,7)	8 (10,7)	10 (13,3)	20 (26,7)	5 (6,7)	9 (12,0)	11 (14,7)	25 (33,3)
Di lệch nhiều	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	2 (2,7)	3 (4,0)
Tổng	15 (20,0)	35 (46,7)	25 (33,3)	75 (100,0)	15 (20,0)	35 (46,7)	25 (33,3)	75 (100,0)

Di lệch ít: Loại B: 8/35 BN (22,8%), loại C: 10/25 BN (40%). Sau mổ 3 tháng: 3/75 BN (4%) di lệch thứ phát nhiều, lệch trục xương phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương lại.

*\* Liên quan giữa thời điểm phẫu thuật và kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ:*

*Bảng 9: Thời điểm phẫu thuật và kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ.*

Thời điểm phẫu thuật	Kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ		Tổng
	Hết di lệch	Di lệch ít	
< 24 giờ	34 (79,1)	9 (20,9)	43 (57,3)
2 - 4 ngày	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (26,7)
> 4 ngày	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (16,0)
Tổng	55	20	75

Bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 24 giờ sau tai nạn có kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ hết di lệch cao nhất (79,1%), BN mổ muộn sau 4 ngày có kết quả nắn chỉnh xương ngay sau mổ hết di lệch thấp nhất (58,3%).

*\* Kết quả xa:*

- Theo dõi đánh giá kết quả xa: 72 BN (96%).
- Thời gian theo dõi kết quả xa: Từ 10 - 40 tháng, trung bình 25,7 tháng.
- Sẹo mổ mềm mại không viêm rò: 72 BN.

\* *Kết quả liền xương:*

*Bảng 10: Đánh giá mức độ liền xương.*

Thời gian	Mức độ liền xương							
	Can chắc		Can chắc nhưng còn khe sáng		Can xương mờ		Không có can xương	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3 - 6 tháng	47	62,7	32	37,9	4	5,3	0	0,0
> 6 tháng	68	90,7	7	9,3	0	0,0	0	0,0

\* *Kết quả phục hồi chức năng (n = 72):* Tốt: 42 BN (58,3%); khá: 22 BN (30,6%); trung bình: 5 BN (6,9%); xấu: 3 BN (4,2%).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình  $34,2 \pm 12,6$ , chấn thương hay gặp ở nhóm tuổi lao động, nhóm tuổi hay gặp 16 - 40 (49,3%). Giới tính: nam (61,3%) nhiều hơn nữ (38,7%). Nguyên nhân chấn thương hay gặp tai nạn giao thông (64%).

- Loại gãy hay gặp là gãy kín (81,3%). Phân loại theo AO, loại B chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), là loại gãy một lồi cầu, tiếp đến là loại C (33,3%) là loại gãy liên lồi cầu. Hai loại gãy trên là loại gãy phạm khớp, thường kèm theo di lệch xoay, di lệch chùng phức tạp, ảnh hưởng tới vận động khớp khuỷu nên thường có chỉ định phẫu thuật.

- Tổn thương kết hợp: 3 BN gãy mỏm khuỷu cùng bên, 3 BN gãy 1/3 giữa xương cánh tay cùng bên, 5 BN gãy 1/3 trên xương quay. Những BN này được mổ kết xương tổn thương kết hợp trong cùng cuộc mổ kết hợp xương đầu dưới xương cánh tay.

- Thời điểm phẫu thuật: 43 BN (57,3%) được mổ trong 24 giờ đầu khi có đủ các

xét nghiệm trong giới hạn cho phép và chuẩn bị đầy đủ phương tiện kết xương. Tình trạng tại chỗ của BN: Sưng nề ít, tổn thương xương không quá phức tạp. Trong nghiên cứu có 14 BN gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu ngay khi các điều kiện cho phép. 20 BN (26,7%) được mổ từ ngày thứ 2 - 4 đều là BN chấn thương mới, được chuyển từ các cơ sở y tế tuyến dưới lên hoặc vì lý do nào đó nhập viện muộn hơn, cũng như công tác chuẩn bị BN, phương tiện phẫu thuật, phương tiện kết xương, bù đắp mổ... nên thời gian chờ mổ kéo dài hơn. Những BN sưng nề nhiều hoặc có các nốt phỏng nước do rối loạn dinh dưỡng được điều trị tích cực trước mổ bằng bất động, treo cao tay và dùng thuốc chống phù nề. 5 BN (6,7%) được phẫu thuật từ ngày thứ 5 - 10, trong đó 1 BN có tổn thương gãy xương cánh tay cùng bên và chấn động não. 7 BN (9,3%) được mổ từ ngày thứ 11 - 25, là những trường hợp gãy xương được điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột nhưng bị di lệch thứ phát, nắn chỉnh lại không đạt yêu cầu.

Theo Kunden K, Braun W [8], thời điểm phẫu thuật tốt nhất là trong vòng 24 giờ đầu sau tai nạn. Đối với các loại gãy phạm khớp nói chung, việc tiến hành phẫu thuật sớm có ý nghĩa rất quan trọng đối với quá trình phục hồi chức năng sau mổ vì nó làm giảm sưng nề tại ổ khớp và cho phép người bệnh tập vận động sớm. Theo Đặng Kim Châu [1], các loại gãy xương ở đầu xương dù là phạm khớp hay không phạm khớp cũng cần được xử trí sớm nhất trong điều kiện có thể để đảm bảo nắn chỉnh xương về đúng giải phẫu và phục hồi nhanh chóng chức năng vận động của khớp. Theo nghiên cứu của chúng tôi, những BN được phẫu thuật trong vòng 24 giờ cho kết quả nắn chỉnh hết di lệch đạt 79,1%. Tỷ lệ này ở nhóm được phẫu thuật từ ngày thứ 2 - 4 là 70%. Sau phẫu thuật 4 ngày, tỷ lệ nắn chỉnh hết di lệch chỉ đạt 58,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Kim Châu [1] và Đặng Hoàng Anh [5].

## **2. Kết quả điều trị**

### *\* Kết quả điều trị gần:*

- Diễn biến tại vết mổ: 89,3% BN liền vết mổ kỳ đầu tốt, 10,7% BN nhiễm khuẩn nông, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu phải mổ lại. Trong đó, gãy hở nhiễm khuẩn nông vết mổ: 28,6%, gãy kín nhiễm khuẩn nông vết mổ: 6,6%.

- Kết quả nắn chỉnh xương: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi, thể trạng của BN, mức độ tổn thương giải phẫu, các tổn thương phối hợp và phương pháp kết hợp xương. Đối với kết xương đầu dưới xương cánh tay, nhiều tác giả [6, 8] cho rằng những loại gãy đơn giản chỉ nên sử dụng phương tiện kết xương tối thiểu, nghĩa là sử dụng vít xỏ đơn thuần hoặc găm đinh Kirschner. Phương pháp này đơn giản nhưng ổ gãy

không được vững chắc, vì vậy phải cố định bột tăng cường. Sau phẫu thuật 100% BN hết di lệch xương hoặc di lệch ít. Gãy loại B, C là loại gãy phạm khớp nên nắn chỉnh ổ gãy khó khăn.

Sau mổ 3 tháng, 3 BN (4%) chụp phim thấy xương di lệch nhiều, lệch trục xương phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương lại. Trong đó, 2 BN gãy liên lồi cầu phức tạp được kết xương bằng vít xỏ và găm đinh Kirschner, cố định nẹp bột sau mổ cho vững ổ gãy, tuy nhiên BN tháo bột vận động sớm gây di lệch thứ phát. 1 BN gãy khối rỗng rọc được kết xương bằng găm 2 đinh Kirschner, cố định ổ gãy không vững gây di lệch thứ phát. Các trường hợp dùng nẹp đầu dưới xương cánh tay thường cố định ổ gãy vững hơn, ít gây di lệch thứ phát ổ gãy. Không có trường hợp nào dùng nẹp vít có di lệch thứ phát ổ gãy.

### *\* Kết quả điều trị xa:*

- Kết quả liền xương: Sau phẫu thuật > 6 tháng, 100% có can xương chắc, trong đó 90,7% can xương toàn bộ, 9,3% can xương chắc nhưng trên X-quang còn khe sáng. Đến thời điểm làm báo cáo không còn ca bệnh nào không có can xương.

### *\* Kết quả phục hồi chức năng:*

Theo dõi điều trị xa 72 BN (96%) với thời gian theo dõi 10 - 40 tháng, 3 BN có thời gian theo dõi chưa đủ 10 tháng. Kết quả PHCN tốt và khá đạt 88,9%, 3 BN có kết quả xấu là do vận động khớp khuỷu bị cứng, trong đó 1 BN có tổn thương gãy mỏm khuỷu cùng bên, 2 BN gãy liên lồi cầu phức tạp, sau mổ cố định nẹp bột thời gian lâu, gây hạn chế vận động khớp khuỷu. Cả 3 BN được phẫu thuật làm vận động khớp khuỷu khi lấy bỏ phương tiện kết xương, kết quả phục hồi chức năng đạt mức trung bình.



### 3. Phương pháp kết xương

- 68/75 BN (90,7%) được kết xương kết hợp giữa bắt vít xóp cổ định khối lồi cầu và khối ròng rọc với nhau và/hoặc găm đinh Kirschner từ mỏm trên lồi cầu và mỏm trên ròng rọc bắt chéo lên qua đầu trung tâm. Với gãy loại A: 10/15 BN (66,7%) kết hợp xương bằng đinh Kirschner hoặc vít xóp là có thể cố định vững chắc ổ gãy, loại B: 25/35 BN (71,4%), loại C: gãy phức tạp, nhiều mảnh gập 5/14 BN (35,7%) dùng nẹp vít cố định ổ gãy.

- 7/75 BN (9,3%) kết xương vít xóp, trong đó 5 BN gãy loại C nhiều mảnh cố định các mảnh gãy đầu xương với nhau, sau đó đặt nẹp ở mặt ngoài xương cánh tay cố định đầu xương với thân xương, 2 BN gãy loại A được dùng nẹp vít cố định đầu xương với thân xương.

### KẾT LUẬN

Gãy đầu dưới xương cánh tay ở người lớn là loại gãy xương phức tạp. Phẫu thuật kết xương bên trong để nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

Tỷ lệ BN nam chiếm 61,3%, chấn thương do tai nạn giao thông: 64%, gãy kín: 81,3%. Phân loại theo tổn thương: Gãy loại A: 20%, gãy loại B: 46,7% và gãy loại C: 33,3%. Thời điểm phẫu thuật: 57,3% BN được mổ trong 24 giờ, từ ngày thứ 2 - 4: 57,3%, sau 4 ngày: 16%. Phương pháp phẫu thuật: 90,7% kết xương sử dụng găm đinh Kirschner và/hoặc vít xóp, 9,3% kết xương có sử dụng nẹp vít đầu dưới xương cánh tay.

Kết quả: Liên vết mổ kỳ đầu: 84%, nhiễm khuẩn nông: 10,7%. Đánh giá kết

quả xa trên 72 BN (96%) theo thang điểm của Flynn với thời gian theo dõi trung bình 25,7 tháng. Kết quả tốt liền xương chắc sau 6 tháng đạt 100%, kết quả phục hồi chức năng khớp khuỷu tốt và khá: 88,9%, trung bình: 6,9% và xấu: 4,2%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Kim Châu. Điều trị gãy xương. NXB Y học, Hà Nội 1963:40-51.
2. Nguyễn Đức Phúc. Bệnh học ngoại khoa - Tập 2. NXB Y học, Hà Nội 1999:73-78.
3. Đào Đức Hoàng. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương phạm khớp đầu dưới xương cánh tay ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-pôn, Hà Nội. Luận văn Chuyên khoa Cấp II. Học viện Quân y 2005.
4. Trần Đình Chiến. Gãy xương cánh tay - Bệnh học Chấn thương chỉnh hình. NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội 2006:41-45.
5. Đặng Hoàng Anh. Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cánh tay bằng kết hợp xương bên trong tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y học Thực hành 2014; 905(2).
6. Jupiter JB, Goodman LJ. The management of complex distal humerus nonunion in the elderly by elbow capsulectomy triple planting and ulnar nerv neurolysis. J Shoulder Elbow Surg 1992:1-37.
7. Korner J, Lill H. Distal humerus fractures in elderly patients results after reduction and internal fixation. Osteoporos Int 2004; 16 (suppl 2):73-79.
8. Kunden K, Braum W. Distal intra-articular humerus fractures in adults surgical treatment. Unfall Chirug 1992; 95(5):219-223.
9. Lasinger O, et al. Intercondylar T fractures of the humerus in adult. Arch Orthop Trauma Surg 1987; 100(1):37-42.
10. Jupiter JB, Neff URS. Intercondylar fractures of the humerus. J Bone Joint Surg 1985; 67A:226-239.